

Listas de espera en sanidad

¿Por qué son estables?

■ JOAN COSTA i FONT • Doctor en Economía. London School of Economics y Universitat de Barcelona.

El autor reflexiona sobre un tema de permanente actualidad en el ámbito de la sanidad, como son las listas de espera. Analiza las razones que se hallan en el origen de su aparición, los sistemas disponibles para su medición, clasificación y evaluación, así como los recursos existentes para reducirlas o eliminarlas.

La estabilidad de las listas de espera en la provisión de servicios sanitarios ha sido uno de los principales temas de discusión de política sanitaria en todos los países occidentales que cuentan con un sistema sanitario de financiación pública. La demanda de salud de la población lleva a los individuos a solicitar atención sanitaria generalmente intermediada (salvo casos de urgencia o de alivio de sintomatologías menores) por la prescripción del médico. En los sistemas sanitarios de financiación pública el paciente debe esperar a menudo un lapso significativo de tiempo desde que solicita un servicio hasta que lo obtiene, período en el que está en lista de espera. En este artículo se ofrecen diversas explicaciones económicas del fenómeno de las listas de espera. Se intentará responder a un conjunto de preguntas tales como: ¿por qué surgen las listas de espera? ¿Es posible evitar las listas de espera o por el contrario se trata de determinar un tiempo de espera «aceptable»? ¿Por qué las listas de espera generan tanto debate? ¿Cuál es el mecanismo por el que se producen? ¿Cómo medimos el tiempo en las listas de espera?



¿POR QUÉ SURGEN LAS LISTAS DE ESPERA?

Un sistema de atención basado en la igualdad de acceso (igual trato por igual necesidad) cuenta con escasos mecanismos para flexibilizar el proceso de demanda de atención sanitaria y adaptarlo a la capacidad disponible. Sin embargo, en casi todos los servicios de atención personalizada que exigen un uso intensivo de capital así como una preparación previa, existe un período de espera independiente del acceso. La provisión de un servicio sanitario no es casi nunca automática. Incluso cuando es ofrecida por el sector privado, existe un período de espera¹. Por lo tanto es preciso buscar otras explicaciones alternativas que justifiquen la aparición y la estabilidad de las listas de espera en sanidad.

Una segunda explicación es la que acostumbran a ofrecer los profesionales sanitarios que llevan a cabo la provisión de un determinado proceso en el que existe una demora considerable. Para éstos las listas de espera son esencialmente un problema de capacidad y de recursos. La capacidad de la atención sanitaria viene determinada por los recursos asignados a unos servicios y por la distribución regional de estos recursos. Cuando la capacidad es inferior a la necesaria para satisfacer la demanda de un proceso, el tiempo actúa como el precio en un mercado convencional. El tiempo de espera es un precio intangible o un coste de oportunidad en términos de tiempo para consumir determinados servicios sanitarios (Lindsay y Feigenbaum, 1984). No obstante, toda función de producción está sujeta a unas restricciones de intensidad. Así, es posible que por más que la capacidad sea suficiente, el uso de ésta sea inferior al «óptimo».

Para entender el fenómeno de las listas de espera debe describirse el entramado de relaciones que surgen entre los tres agentes principales: el usuario, el proveedor y el financiador. Estas relaciones se resumen en la tabla I en términos de determinantes de oferta y demanda.

El usuario

Para el paciente (usuario), la espera en condiciones de enfermedad es siempre traumática. Ello se agrava por el hecho de que el estado de salud de un paciente en espera puede variar en el ínterin entre la decisión de intervenir y la intervención. El paciente se enfrenta a un problema de falta de información. A diferencia del médico, el paciente no conoce cuál es la evolución previsible de su estado de salud

Tabla I. Determinantes de las listas de espera

Determinantes de la oferta

- Los recursos del sistema y su uso intensivo. El aumento de la capacidad está sometido a la inyección de más recursos al sistema, lo que permitiría, si el sistema está utilizando toda la capacidad disponible, aumentar esta capacidad y por lo tanto absorber a más apacientes.
- La distribución regional de la capacidad es un factor clave, ya que las listas de espera se producen como consecuencia de la concentración de determinados procesos en algunos hospitales.
- La existencia de un sistema de información que permita mejorar la gestión de la capacidad disponible.

Determinantes de la demanda

- La preferencia temporal del paciente (impaciencia relativa). Aquellos pacientes más impacientes serán los que más quejas tramitarán o, sencillamente, los que tenderán a ir al sector privado en busca de una atención individualizada.
- El coste de oportunidad de esperar. El coste de la espera no es igual para todos los individuos. Hay personas en espera que pueden estar dejando de trabajar en actividades productivas, lo que además de un coste para ellos, supone un coste social cuantificable.
- La capacidad económica para eludir las listas de espera. Los individuos con mayor capacidad económica tienden a estar más dispuestos a pagar para consumir servicios sanitarios privados.
- El estado de salud. El individuo cuya necesidad es mayor es el más perjudicado. Así, las consecuencias de una demora larga para individuos más ancianos o con una salud más débil pueden ser fatales. Ello se evidencia en algunos casos que han motivado gran parte del debate en España.

en ese período, salvo que el médico le informe.

El proveedor

Para el médico (proveedor) las listas de espera son un instrumento para racionar la demanda de acuerdo con unos criterios de práctica clínica. No obstante, a veces la existencia de listas de espera puede beneficiar al médico. Una larga lista de espera puede ser un indicador de una mayor «demanda» de un profesional determinado respecto a los demás, lo que aumentaría el prestigio del médico. Ello, además, permite al médico o a su departamento justificar un incremento de los recursos para aumentar su capacidad. Por otra parte, dado que el médico conoce cuál es la capacidad disponible del sistema, puede desarrollar una conducta estratégica que le permita aumentar los recursos del departamento a la vez que su prestigio.

El financiador

La Administración sanitaria (financiador) tiene un interés directo en la reducción de las listas de espera. La razón de ello es que el volumen de las listas de espera puede ser interpretado como una medida de calidad y de la «gestión política» del sistema. Dado que las listas de espera son una barrera

para el acceso a los servicios sanitarios, la Administración estará interesada en reducirlas al máximo posible con los recursos disponibles. La Administración sanitaria puede influenciar tanto la capacidad del sistema, asignando más recursos a los servicios en que se evidencia una sobreutilización (por ejemplo, aquellos que presentan más solicitudes por 1.000 habitantes) o bien estableciendo un sistema de gestión que contenga el interés del médico por aumentar la lista de espera y la presión del usuario para reducirlas.

DIMENSIONES DE LAS LISTAS DE ESPERA

Las listas de espera pueden ser interpretadas como una medida de calidad, así como un coste de oportunidad para acceder a los servicios sanitarios. La calidad viene asociada al volumen de la lista de espera mientras que el coste de oportunidad está asociado al tiempo en la lista de espera.

El volumen de la lista de espera: una medida de la calidad

El volumen de las listas de espera suele ser un «barómetro» del funcionamiento del sistema sanitario (Besley,

Tabla II. Listas de espera (días) por procesos y especialidades en hospitales del Insalud (enero 2000)

	Demora media	Espera media
Procesos		
Cataratas	65	117
Hernia inguinal	60	97
Osteoartritis	71	131
Hernia abdominal	66	104
Quiste pilonidal	58	94
Mononeuritis	62	104
Especialidades		
Traumatología	67	113
Oftalmología	64	109
Cirugía cardíaca	78	119
Angiología	66	117

1999). No obstante, esta afirmación debe matizarse. Si bien el volumen de las listas de espera es importante, la variable relevante es el tiempo de espera asociado a ese volumen, en cuanto que es una *barrera temporal al acceso* a los servicios sanitarios. Por ejemplo, puede existir un número de personas relativamente bajo en listas de espera, pero ser éstas de larga duración. O al revés, un alto número de pacientes en listas de espera cortas.

El tiempo en la lista de espera: una medida del precio

Uno de los principios más aceptados en economía es el principio de preferencia temporal positiva. Este principio establece que los individuos prefieren consumir un bien hoy que diferir su consumo al futuro. Las listas de espera, por lo tanto, son una *característica negativa del servicio a recibir por el usuario*. Así, a mayor tiempo de espera, menor es la valoración de la intervención a recibir, dependiendo de la preferencia (o impaciencia) temporal de cada individuo. De ahí que uno de los indicadores más utilizados para medir la evolución temporal de la actividad quirúrgica sea la espera media. No obstante, éste es un indicador que, de no presentarse desagregado en términos de procesos, dice poco sobre el impacto real de las listas de espera.

La medición del tiempo de espera es objeto de debate en España. Por una parte existe un criterio denominado *demora media*, que hace referencia al lapso medio de tiempo que los pacientes llevan esperando una intervención, mientras que la *espera media* es el tiempo hasta que los pacientes abandonan la lista de espera. Tal como se observa en la tabla II, existe una diferencia significativa entre ambos indi-

cadores, tanto para especialidades como para procesos, que a veces llegan a ser del 100%. Mientras que el segundo criterio es el que mide en sí el tiempo de espera, el primero es sencillamente un criterio instrumental que está sujeto a posibles manipulaciones. Una forma sencilla de manipular la «demora media» es acumular pacien-

**Cuando la capacidad
es inferior a la necesaria
para satisfacer la demanda
de un proceso, el tiempo
actúa como el precio
en un mercado
convencional**

tes en la fase previa a la intervención, que es la atención especializada. De ahí que la demora media y la espera media difieran considerablemente. Dado que el perjuicio para el paciente es incluso superior cuando carece de información sobre su estado de salud,

como ocurre en la espera para visitar al especialista, la utilización de la demora media habría de ser desaconsejada como criterio de medición.

RACIONAMIENTO A TRAVÉS DE LISTAS DE ESPERA

El racionamiento a través de listas de espera se puede clasificar dentro del conjunto de los denominados racionamientos *ad hoc*, en contraposición a la utilización de criterios explícitos de selección de pacientes. En la tabla III se muestran los principales criterios que se consideran para racionar las listas de espera. En la literatura de economía y gestión sanitaria tienden a destacarse criterios como: la edad, la necesidad, la gravedad, la capacidad, la especialidad, la utilización y el nivel de oferta pública de servicios. La relevancia de estas variables responden a las siguientes razones:

- Para un determinado grupo de pacientes de avanzada edad, la espera puede tener unos efectos perjudiciales e incluso irreversibles para su estado de salud.

- La necesidad y la gravedad responden a características de la patología que determinan una mayor o menor urgencia.

- La especialidad y la utilización responden a las características de la morbilidad de determinadas poblaciones entre otros factores.

- El nivel de la oferta de servicios públicos responde a los recursos con que el sistema cuenta para la ampliación de su capacidad.

Cabe señalar que tanto el tiempo de espera como el volumen de las listas de espera son el resultado de los criterios de priorización adoptados. La alternativa a unos criterios explícitos es tratar primero a quien lleva más tiempo esperando. Si primero se tratan los pacientes que llevan más tiempo esperando, la consecuencia es el mantenimiento o incluso un aumento del volumen de las listas a pesar de producirse una reducción del tiempo de espera. Si el objetivo es establecer una priorización entre pacientes, entonces ello dará lugar a desigualdades en el acceso a los servicios y a la extensión del tiempo de espera.

POLÍTICAS PARA LA REDUCCIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA

Dada la trascendencia política de las decisiones en el marco del sistema sanitario y el hecho de que el usuario

del servicio es a su vez votante potencial, es lógico que además exista un interés político por la reducción de las listas de espera. Durante toda la década de los noventa, los diferentes gobiernos estatales y autonómicos han fijado unos objetivos de política sanitaria en términos de reducción de las listas de espera que casi nunca se han podido conseguir, al menos de una forma transparente. Los objetivos se definen genéricamente y a menudo se utilizan los indicadores más favorables a la gestión del gobierno existente.

Algunas propuestas para dar solución a los problemas de las listas de espera son las que se citan a continuación.

Tiempo máximo de espera

El establecimiento de un tiempo máximo de espera supone un compromiso de la Administración con el paciente-votante. Ello da lugar a una reducción de los individuos que están esperando para ser sometidos a una operación a largo plazo, pero puede acabar produciendo una acumulación de los períodos de espera de todas las intervenciones en períodos cercanos al máximo establecido.

Desvío de pacientes a la sanidad privada

La extensión de las listas de espera supone un *incentivo a utilizar otras formas de provisión del servicio*, generalmente en el contexto del mercado asegurador. Se plantea, por lo tanto, el desvío de pacientes a la sanidad privada a partir de un tiempo de espera máximo.

Actualmente el mercado asegurador suministra servicios a alrededor del 15 % de la población española. No obstante, esto puede acabar por ser contraproducente, ya que en definitiva aumenta el gasto sanitario y genera un descontento generalizado hacia el servicio público. Estudios realizados a través de métodos de valoración contingente (cuya finalidad es estimar la disposición a pagar para la reducción de la lista de espera) parecen indicar que la disposición a pagar por evitar las listas de espera es considerablemente elevada, pero se sitúa en general por debajo del coste de la medicina privada (Johansson et al. 1998).

Aumento del nivel de recursos de algunos procesos

Para tomar esta decisión debe existir una evidencia clara de que se está rindiendo a plena capacidad. Ello no siempre es cierto, en cuyo caso los aumentos de recursos son simplemente absorbidos por un aumento de la demanda, inducido por el propio médico que solicita un determinado proceso.

Tabla III. Criterios relevantes para la decisión sobre las listas de espera

Juicio	Criterio
Igual espera	Acceso
Igualdad de ganancia en salud	Capacidad de beneficio
Severidad	Urgencia
Equidad clínica	Salud

Información comparada

Otra propuesta consiste en desarrollar un sistema de información que permita comparar las listas de espera en hospitales y centros de salud de diferentes poblaciones.

Optimizar la distribución regional de la atención sanitaria

La optimización de la distribución regional de la atención sanitaria permitiría desviar pacientes de un centro a otros, de acuerdo con la utilización de la capacidad.

¿Es el aumento de recursos una solución a la estabilidad de las listas de espera? De los estudios realizados hasta el momento no se puede derivar inequívocamente esta conclusión. Dado que el hecho de presentar un número de pacientes en lista de espera es también una forma de «presión política» para obtener recursos para determinados servicios, es posible que éstas sean la consecuencia lógica de una sistema de financiación inadecuado. El volumen de pacientes en lista de espera no solamente es un problema de capacidad y de utilización de una capacidad, sino que también puede ser un problema de demanda y de financiación. Aquí se produce uno de los fenómenos más típicos del aseguramiento en general; es el problema del «azar moral». El médico que decide enviar al paciente a una lista de espera no es el que soporta el coste de la intervención. Incluso a veces puede tener incentivos para que las listas de espera se agraven.

Una última limitación se encuentra en los sistemas de información. Los pacientes/ciudadanos carecen de unos indicadores de medición adecuados con los que evaluar la gestión de la Administración. Los indicadores de referencia deberían incluir tanto el tiempo de espera como el volumen de pacientes en cada proceso sin estar sujetos a criterios de demora. □

El establecimiento de un tiempo máximo de espera supone un compromiso de la Administración con el paciente-votante

CONCLUSIONES

La relevancia del fenómeno de las listas de espera en sanidad radica en las repercusiones que presenta sobre algunas prestaciones «esenciales» (p. ej. operaciones de cataratas), a la vez que constituye un incentivo a la provisión privada de los servicios. No obstante, la ausencia de criterios explícitos bajo los cuales llevar a cabo el racionamiento de los servicios dificulta enormemente la posibilidad de afrontar el problema.

En último término, la demanda de atención depende de la conducta del proveedor. Aquí es donde los colectivos de profesionales y usuarios deberían adoptar un papel activo.

NOTAS

1. Frecuentemente se considera que existen listas de espera cuando éstas superan ampliamente el tiempo necesario para preparar una intervención.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Besley J, Preston, Hall J. Demand for health insurance, do waiting lists matter? *Journal of Public Economics* 1999.
- Cullis J, Jones P. Rationing by Waiting Lists. *American Economic Review* 1986.
- Lindsay C, Feigenbaum B. Rationing by waiting lists. *American Economic Review* 1984.
- Johansson M, Johansson PO y Söderqvist P. Time spent on waiting lists for medical care: an insurance approach. *Journal of Health Economics* 1998; 17: 627-644.